

Om än begränsad har dormicum en plats i vården av svårt sjuka

Man kan av Barbro Beck-Friis inlägg i debatten om dormicum i Läkartidningen 22/99 fastslå att på en punkt har vi samma syn, när det gäller att man »inte skall döda». I övrigt har vi olika erfarenheter.

Då det gäller dosering av dormicum och de doser vi använt uttitrerades de under 1989, dvs långt före den artikel som jag »borde ha följt». Det fanns vid denna tidpunkt inte något skrivet om dormicum för denna indikation som jag kunde hitta, så det skedde en noggrann uttitrering av lämplig dos, med hänsyn tagen till den andningsdepression som var känd.

Minoritet

Det var en minoritet av de »terminala» patienterna som erhöll detta på vår avdelning. Kriterierna var att vi först hade försökt klara av smärtlindringen på bästa sätt samt att patienterna och anhöriga visste vad vi gjorde. Att man sedan i den refererade artikeln av Bottomley och medarbetare har kommit fram till helt andra doser för att få effekt kan bara betyda att det inte har rört sig om samma typ av besvär som vi behandlade. I dessa låga doser uppnår man inte någon lindrande effekt på de patienter som kan komma ifråga för dormicum-behandling hos oss. Vi startade uttitreringen ungefär på den refererade nivån och hade inte doserna höjts så hade vi förkastat behandlingen som icke verksamt.

Den mycket höga doseringen på 50 mg/timme gavs exempelvis till en 25-årig man som i övrigt hade både intratekal och intravenös morfinbehandling i mycket höga doser. Det gick bra på dagarna, men nätterna var fruktansvärda för honom med värk och ångest. Han fick då dormicum som gjorde att han kunde sova och faktiskt vara uppe en del av dagen. Detta pågick under cirka en månad, varav den sista veckan med den höga dosen. Jag är säker på att det inte var dormicum som ändade patientens liv.

Det måste finnas mer än den ovan citerade artikeln som gör att Barbro Beck-Friis så kategoriskt kan avfärda en behandling och dosering på vetenskapliga grunder.

Att starta en debatt om vård i livets

slutskede utifrån förhållanden som man inte har kännedom om kan knappast gagna syftet. Det blir mer som ett försök att »kasta ut barnet med badvattnet» både vad gäller dormicum och allas vår strävan att göra det bästa för svårt sjuka cancerpatienter. Dormicum har sin

plats, om än förhållandevis begränsad, vid behandling av dessa patienter.

Martin Helsing
överläkare, klinikchef,
allmännonkologiska kliniken,
Regionsjukhuset,
Örebro

Replik:

På rätt indikation och i rätta händer – ja

Svåra ställningstaganden måste kunna diskuteras. Öppenhet och debatt skapar klarhet. Inom den palliativa vården ryms mycket smärta och lidande, men också hopp och glädje. Hur kunna ge livskvalitet? Hur hantera fysisk, psykisk, social och existentiell smärta? Opioider kan eliminera svår fysisk smärta. Det psykiska, sociala och existentiella lidandet kräver andra åtgärder. Livsfrågor och existentiell ångest kan inte medikaliseras. Det har mina obotligt sjuka patienter inom palliativ vård lärt mig sedan 1976.

Avseende »fallbeskrivning – 25-årig man ...» torde »... både intratekal och intravenös morfinbehandling i mycket höga doser» ha påkallat än större försiktighet med midazolam (Dormicum). Den varningen fanns i Fass-texten redan 1989.

Bottomleys doser är för övrigt inte

unika. Det är däremot de av Helsing använda doserna. Vid en genomgång [1] av 97 palliativa enheter i Storbritannien framkom det att 64 procent använde midazolam i kontinuerlig infusion. De maximala dygnsdoserna man använde var 10–160 mg/dygn, dvs 0,4–6,6 mg/timme. Helsing's doser på 50 mg/timme saknar all jämförelse.

Dormicum har förvisso en plats inom palliativ vård – på rätt indikation, t ex terminalt delirium – och i rätta händer.

Barbro Beck-Friis
professor
Hultorp, Borensberg

Referens

1. Johnson I, Patterson S. Drugs used in combination in the syringe driver. A survey of hospice practice. *Palliative Medicine* 1992; 6: 125-30.

Välkommen att dryfta framtidens läkare!

Redan för tio år sedan uppmanade Barbro Dahlbom-Hall läkarkåren att ta sitt ansvar och engagera sig mer i sjukvårdsorganisationen. Initiativet och inflytandet var oss inte givet, utan skulle med kraft och engagemang återvinnas!

Hur har det blivit? Barbro Dahlbom-Hall har blivit medicinsk hedersdoktor, vilket symboliserar en stor del av läkarkårens uppskattning av hennes outtröttliga och kärleksfulla engagemang i vår vardag.

Hur har det gått med sjukvårdsorganisationen: initiativet, möjligheterna till

påverkan, allmänhetens syn på läkarkåren? Det finns mycket övrigt att önska härom, men visst finns det framtidstro, eller?

Med stor glädje läste jag vår ordförande Bernhard Grewins mångfasetterade ledare i Läkartidningen 19/99 om »Framtidens läkare». Han tar upp mycket viktiga delar av den komplexa sjukvården och läkarkåren, bl a hur vi skall kunna skapa respekt för vår profession och öka förståelsen för vår arbetssituation. Han uppmanar oss att använda opinionen, skapa och utnyttja arenor för möte i samspelet med patienten.

Varför går man inte vetenskapligt tillväga när man omorganiserar?

Jag har med stort intresse läst Leif Rosenhalls insändare i Läkartidningen 7/99, där han kritiserar bristen på vetenskapligt tillvägagångssätt vid organisatoriska beslut inom sjukvården. Jag instämmer i det mesta han skriver.

Lars Collste och medarbetare känner sig uppenbarligen träffade när de svarar i Läkartidningen 15/99. De påpekar att det knappast finns vetenskapligt underlag att falla tillbaka på i dessa sammanhang. Collste och medarbetare propagerar för att läkare borde utbildas i administration.

Med dagens ofta komplicerade strukturer inom sjukvården är det säkert riktigt. Jag har speciellt i början på 1990-talet upplevt talrika omorganiseringar inom sjukvården. Det slog mig att man mycket sällan före en planerad ändring har redovisat problemen för dem som arbetade på »verkstadsgolv» för att få en bättre förståelse eller för att efterhöra deras synpunkter. Än mindre har man redovisat resultaten av de genomförda förändringarna efteråt.

Jag har inte heller hört att resultaten av dessa erfarenheter har publicerats, förmodligen därför att det inte finns någon vetenskaplig tidskrift som skulle ta

in studier som utförts på detta ovetenskapliga sätt.

Det har således funnits rikligt med tillfällen att samla vetenskapligt material. Å andra sidan var det inte många läkare som på den tiden involverades i eller intresserade sig för administration. I

stället fick man intrycket att tillvägagångssättet var hämtat från tillverkning av bilar eller kylskåp, men inte från umgänge med människor.

Dieter Lockner
docent,
Trångsund

Så byggdes primärvården i Tanzania upp

Vi har med glädje läst den fina artikeln om barfotaläkare i Tanzania i Läkartidningen 21/99. Man får emellertid intrycket att »village health workers» ersätter läkare på landsbygden. Därför vill vi ge en bild av hur primärvården byggdes upp på 1950–1970-talen.

Då Tanganyika blev självständigt 1961 fanns statliga sjukhus i städerna och ett glest nätverk av små dispensärer i distrikten samt missionssjukhus med ett antal tillhörande sjukstugor, ofta med många bäddar, på landsbygden. En plan förelåg för en hierarkisk utbyggnad av hälso- och sjukvården. Enligt denna byggdes, med hjälp av Sida, health centres som en nivå mellan distriktsjukhusen och dispensärerna, som de skulle stödja.

På dispensärerna skulle finnas en »rural medical aid». Vid missionssjukhusen utbildades sjuksköterskor och vid några av dem fanns en utbildning av »medical assistants». Dessa hade en högre skolunderbyggnad än sjuksköterskeleverna. »Medical assistants» fungerade som underläkare vid kyrkornas sjukhus några år och blev sedan chefer på sjukstugor eller »health centres». Från slutet av 1960-talet kunde de bästa av dem få vidareutbildning till »assistant medical officers» och arbetade sedan som läkare vid sjukhus.

Efter några år fick en del chansen till full läkarutbildning, som dock inte var internationellt erkänd. De kom därför att stanna i landet.

Det fanns ett fåtal inhemska läkare. Vid kyrkornas sjukhus tjänstgjorde utländska läkare. Vi arbetade vid den lutherska kyrkans sjukhus Ndolage i Bukoba distrikt 1962–1968 och under några månader 1976–1977. Under de se-

naste två decennierna har det ofta bara funnits en svensk läkare där tillsammans med inhemska läkare och »assistant medical officers». Redan på 1960-talet besökte vi läkare regelbundet en gång per månad kyrkans sjukstugor och »health centres».

För att nå ut på bynivå med hälsovård påbörjades i mitten av 1980-talet i Tanzania liksom i många andra utvecklingsländer utbildning av »village health workers». Vi har intresserat oss mycket för detta, beskrev hur det fungerade i Indien [1], och har arbetat med ett byhälsoprogram i Zimbabwe [2]. Det var därför glädjande för oss att få höra att samarbetet mellan dispensär och »village health workers» fungerade i den del av Tanzania som artikeln berörde.

Kerstin Dahlin
barnläkare, allmänläkare
Lars Dahlin
kirurg, allmänläkare,
Helsingborg

Referenser

1. Dahlin K, Dahlin L. Byutvecklingsprojekt med utbyggd primärhälsovård i Indien och Nepal. Läkartidningen 1981; 78: 46.
2. Dahlin K, Dahlin L. Bättre hälsa på Zimbabwes landsbygd genom byutvecklingsprojekt. Läkartidningen 1984; 81: 36.

ter, medarbetare och i samhällsdebatten.

Kvinnliga Läkare i Vätterbygd har skapat en arena, ett möte mellan kvinnor i sjukvården, läkare, politiker och administratörer i form av ett Nordiskt symposium 2–4 september, på temat »Organisation i förändring». Vi vill fördjupa kunskapen för den organisation vi arbetar inom, för att därmed kunna påverka vår egen arbetsmiljö och skapa större arbetsglädje.

För bättre sjukvårdsorganisation och för framtidens läkare uppmanas läkarkåren, både män och kvinnor är välkomna, att komma till Jönköping i september!

Lotta Larsdotter
ordförande,

Kvinnliga Läkare i Vätterbygd (KLIV), distriktsläkare, Mullsjö vårdcentral

